

病院情報システム操作者資格申請書 (新規) 一院外申請者用

年 月 日

医療情報部長様

所属運用管理者 印

申請者会社名・学校名・病院名

A 株式会社

申請者氏名 大阪太郎 印 ←

連絡先 〇〇-XXXX-△△△△

シャチハタ印は不可です

「大阪市立大学医学部附属病院 病院情報システム業務に係る電子計算機処理データ保護管理要領」第8条並びに「大阪市立大学医学部附属病院診療録及び診療諸記録の電子保存に関する運用管理規程」第4条に基づき、運用管理者の承認を得ましたので、操作者資格の付与を次のとおり申請します。

なお、学内及び院内の関係規程等についてはこれを遵守いたします。

記

1. (フリガナ)

オ	オ	サ	カ			タ	ロ	ウ		
大阪					太郎					

氏名

2. 生年月日 (西 暦)

1	9	X	X
---	---	---	---

 年

〇	〇
---	---

 月

△	△
---	---

 日

3. 性別 男 女

4. 職名 (又は職種)

C	R	O	モ	タ	ー
---	---	---	---	---	---

5. 利用者番号

M	T	〇	〇	〇	△	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---

6. 利用期間

2	0		
---	---	--	--

 年

--	--

 月

--	--

 日

~

2	0		
---	---	--	--

 年

--	--

 月

--	--

 日

(医療情報部記入欄)

受付日	年 月 日	受付番号		カード番号	
-----	-------	------	--	-------	--

病院情報システム操作者資格申請書（新規）－院外申請者用－（続紙）※1

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省 平成 26 年 12 月 22 日）第 8 章第 20 及び医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成 9 年 3 月 27 日厚生省令第 28 号）第 37 条第 2 項に基づき、治験等のモニタリングの実施をしたいので、次の患者の電子カルテを閲覧します。

承認番号	10XXXX	閲覧希望日	2019 年 6 月 12 日
社名	A 株式会社	閲覧希望時間	9 : 30 ~ 17 : 00
担当者名	大阪太郎・関西花子	業種	CRO モーター
担当医名	責任医師名 1 名	治験・臨床研究の別	<input checked="" type="radio"/> 治験 ・ 臨床研究
利用者番号※2	MT000ΔXX・MT000XX	閲覧場所	臨床研究・イノベーション推進センター

※1:様式 2-1 で申請のあった利用者について患者閲覧制限を設定するために使用します。閲覧される都度この用紙を提出してください。

※2:利用者番号は 2 回目の申請より記載してください。前回の様式 2-1 と照合の上、手続きを行いません。

※3:被験者識別番号は利用者が記載し、患者 ID・患者氏名・同意書の有無は院内の担当者が記載してください。

※3	被験者識別番号	患者 ID	患者氏名	同意書の有無
1	XXXXXXXX 1			<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
2		2		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
3		3		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
4		4		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
5		5		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
6		6		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
7		7		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
8		8		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
9				有 ・ 無
10				有 ・ 無

臨床研究・イノベーション推進センター又は担当診療科処理欄
処理日
決裁印

(医療情報部記入欄)

受付日	年 月 日	受付番号	カード番号	
-----	-------	------	-------	--